N° 82-003-X au catalogue
ISSN 1209-1375

Rapports sur la santé

Hospitalisation en soins de courte durée, selon l'identité autochtone, Canada, 2006 à 2008 inclusivement

par Gisèle Carrière, Evelyne Bougie, Dafna Kohen, Michelle Rotermann et Claudia Sanmartin

Date de diffusion : le 17 août 2016

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2016

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

Hospitalisation en soins de courte durée, selon l'identité autochtone, Canada, 2006 à 2008 inclusivement

par Gisèle Carrière, Evelyne Bougie, Dafna Kohen, Michelle Rotermann et Claudia Sanmartin

Résumé

Contexte : Les données nationales concernant l'hospitalisation des Autochtones dans les établissements de soins de courte durée sont rares. La présente étude vise à combler cette lacune et décrit les tendances de l'hospitalisation selon l'identité autochtone pour les principaux diagnostics, dans toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Québec.

Données et méthodes : Les données du Recensement de 2006 ont été couplées à la Base de données sur les congés des patients de 2006-2007 à 2008-2009, qui comprend les dossiers d'hospitalisation pour tous les établissements de soins de courte durée au Canada (sauf le Québec). À partir de ces données couplées, on a pu examiner les dossiers d'hospitalisation selon l'identité autochtone déclarée au recensement. Les hospitalisations ont été regroupées selon les chapitres de la Classification statistique internationale des maladies (CIM-10), sur la base du « diagnostic principal ». On a calculé des taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, et des ratios de taux (RT) pour les groupes autochtones par rapport aux groupes non autochtones.

Résultats : Les taux d'hospitalisation étaient presque invariablement plus élevés pour les Premières Nations vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves, les Métis et les Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat que pour la population non autochtone, peu importe le chapitre de diagnostic de la CIM. Le classement des taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge selon la fréquence des diagnostics variait légèrement selon l'identité autochtone. Les RT étaient les plus élevés parmi les Premières Nations vivant dans les réserves, particulièrement pour les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (RT = 4,9), les troubles mentaux et du comportement (RT = 3,6), les maladies de l'appareil respiratoire (RT = 3,3), et les lésions traumatiques (RT = 3,2). Par ailleurs, le taux pour les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques était élevé parmi les Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves (RT = 2,7). Les RT étaient aussi élevés parmi les Inuits pour les troubles mentaux et du comportement (RT = 3,3) et pour les maladies de l'appareil respiratoire (RT = 2,7).

Interprétation : Les taux d'hospitalisation variaient selon l'identité autochtone et présentaient des disparités cohérentes avec celles de la recherche déjà établie sur la santé des Autochtones par rapport aux non-Autochtones. Étant donné que de nombreux facteurs, outre la santé, ont des répercussions sur l'utilisation des services hospitaliers, d'autres recherches sont nécessaires pour comprendre les différences d'utilisation des services hospitaliers selon l'identité autochtone. Ces données nationales sont pertinentes pour la formulation des politiques en santé et la planification de la prestation des services.

Mots-clés : Données administratives, recensement, couplage de données, Premières Nations, soins de santé, dossiers d'hospitalisation, Inuit, couplage de dossiers médicaux, Métis, vivant dans les réserves.

Les différences dans l'état de la santé, les déterminants de la santé et l'utilisation des services de soins de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones[1-20] laissent supposer que la fréquence et la nature des hospitalisations en soins de courte durée peuvent varier. Toutefois, les données au niveau national concernant les hospitalisations d'Autochtones sont rares. Dans certaines provinces, notamment le Manitoba, la Colombie-Britannique, l'Alberta et la Saskatchewan, les dossiers d'hospitalisation comprennent des identificateurs des Premières Nations[1-2], et ceux-ci sont annexés dans le cas des Métis[3]. Dans d'autres secteurs de compétence, l'identité autochtone n'est pas systématiquement incluse dans les dossiers d'hospitalisation. Par conséquent, on ne dispose pas de données au niveau national concernant l'hospitalisation des Autochtones.

Les chercheurs ont tenté de combler cette lacune dans les données en estimant l'utilisation des services hospitaliers par les personnes dans les régions comptant des pourcentages élevés et faibles de résidents d'identité autochtone[21,22]. Toutefois, comme les données géographiques sont sujettes à des erreurs de classification[23], les données au niveau de la personne sont préférables.

La présente étude est fondée sur les données sociodémographiques du Recensement de 2006 (questionnaire détaillé) (y compris l'identité autochtone), qui ont été couplées à la Base de données sur les congés des patients, afin de créer un échantillon se prêtant à l'analyse, pour toutes les provinces et tous les territoires sauf le Québec. L'objectif premier est de produire des chiffres nationaux (en excluant le Québec) sur les hospitalisations dans les établissements de soins de courte durée pour les Autochtones (Premières Nations vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves, Métis et Inuits de l'Inuit Nunangat) et les non-Autochtones. Un deuxième objectif consiste à déterminer, à partir du « diagnostic principal », les premières catégories de diagnostic (chapitres) en importance à l'origine de ces hospitalisations.

Méthodes

Sources des données

Les données du Recensement de 2006[24] pour neuf provinces (le Québec non compris) et les territoires ont été couplées à la Base de données sur les congés des patients (BDCP), de l'Institut

Auteures : Gisèle Carrière (gisele.carriere@canada.ca), Evelyne Bougie, Dafna Kohen, Michelle Rotermann et Claudia Sanmartin travaillent à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada.

canadien d'information sur la santé, pour la période de 2006-2007 à 2008-2009, inclusivement. Le fichier de données complètes du recensement (le Québec non compris), qui comprenait environ 23,4 millions d'enregistrements, a servi au couplage avec la BDCP[25].

Chaque année, la BDCP regroupe environ trois millions de dossiers d'hospitalisation provenant de tous les établissements de soins de courte durée et certains établissements psychiatriques, pour malades chroniques, de réadaptation et de chirurgies d'un jour au Canada[26-28] (le Québec non compris). En raison de l'exclusion du Québec, ni les habitants de cette province (Inuits du Nunavik y compris), ni ceux des territoires ou d'autres provinces hospitalisés au Québec ne sont représentés dans les données couplées.

On a procédé à un couplage déterministe hiérarchique, sur la base d'identificateurs communs dans les données du recensement et celles de la BDCP : date de naissance, sexe et code postal du lieu de résidence. Une étude de validation a conclu que le fichier couplé convenait pour la recherche liée à la santé et qu'il était largement représentatif de la population canadienne[25].

Une limite importante tient au faible taux de couverture au recensement et d'admissibilité au couplage des personnes s'identifiant comme Autochtones[25]. Par faible taux de couverture, on entend une plus grande susceptibilité d'être sous-représenté dans les données couplées du recensement. Les personnes dont l'admissibilité au couplage était faible étaient celles dont les enregistrements ne comprenaient pas suffisamment de données pour être inclus dans le couplage[25]. Cette limite a vraisemblablement entraîné une sous-estimation des taux d'hospitalisation et un biais à la baisse possible dans le cas des Autochtones, comparativement aux non-Autochtones.

Le couplage a été effectué conformément à la Directive sur le couplage d'enregistrements[29] et approuvé par le Comité des politiques de Statistique Canada[30]. Des détails concernant la méthode de couplage se trouvent dans un article paru antérieurement[25].

Les personnes qui avaient rempli le questionnaire détaillé du recensement, lesquelles représentaient environ 20 % de la population ne vivant pas en établissement, ont fourni des données sociodémographiques à leur propre sujet, y compris sur l'identité autochtone[24]. On avait demandé aux ménages du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest (sauf Yellowknife), du Yukon (sauf Whitehorse) et des établissements indiens et réserves indiennes de remplir le questionnaire détaillé du recensement.

La cohorte du recensement définitive se prêtant au couplage avec la BDCP comprenait 4,65 millions de répondants (questionnaire détaillé). Aux enregistrements pour ces derniers, on a couplé 1 028 604 dossiers d'hospitalisation dans un établissement de soins de courte durée au cours de la période de 2006-2007 à 2008-2009. Selon une étude de validation du fichier couplé, de 7,2 % à 7,7 % des Autochtones ont fait l'objet d'un couplage avec au moins un dossier d'hospitalisation pour cette période. Les chiffres correspondants pour les Premières Nations étaient légèrement plus élevés, soit de 7,6 % à 8,1 %. De 5,0 % à 5,4 % des non-Autochtones ont également fait l'objet d'un couplage avec au moins un dossier d'hospitalisation[25].

Le tableau A en annexe présente les chiffres non pondérés se rapportant à la cohorte étudiée, fondée à partir du couplage des données du Recensement de 2006 et de celles de la BDCP.

Identité autochtone

La question portant sur l'identité autochtone au Recensement de 2006 était la suivante : « Cette personne est-elle un Autochtone, c'est-à-dire un Indien de l'Amérique du Nord, un Métis ou un Inuit (Esquimau)? » Les répondants devaient cocher toutes les réponses pertinentes. Les réponses étaient classées ainsi : Indien de l'Amérique du Nord (seulement), Métis (seulement), Inuit (seulement), Autre identité autochtone (identité multiple ou indéterminée), et non-Autochtone. L'analyse porte uniquement sur les personnes ayant déclaré une seule identité autochtone. Environ 3 % des personnes ayant coché Autre identité autochtone (identité multiple ou indéterminée)[31] en sont exclues.

Les données géographiques des répondants au recensement ont servi à repérer les Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat et les Premières Nations vivant dans les réserves (y compris les établissements indiens) ou à l'extérieur des réserves. Les estimations concernant les Inuits sont fournies uniquement pour les Inuits des régions de l'Inuit Nunangat, c.-à-d. les quatre régions faisant l'objet de revendications territoriales par les Inuits : Nunatsiavut (la côte nord du Labrador), Nunavik (Nord du Québec), Nunavut, et région désignée des Inuvialuits. Ensemble, ces régions rendent compte de 78 % de la population inuite totale. Les chiffres sur les Inuits pour cette analyse excluent le Nunavik, parce que les données sur les congés obtenus des hôpitaux du Québec n'étaient pas disponibles. Par conséquent, 9 565 Inuits (19 % de la population inuite totale)[9] sont exclus de l'analyse.

Selon le Recensement de 2006, la population vivant dans les réserves comprend les habitants des huit types de subdivisions de recensement (SDR) qui sont légalement affiliées aux Premières Nations, ainsi que d'autres types de SDR situées dans le nord de la Saskatchewan, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon qui comptent de grandes concentrations de Premières Nations. Par « réserves », on entend les réserves indiennes et les établissements indiens au sens de la loi, d'autres types de terres créées grâce à la ratification d'ententes sur l'autonomie gouvernementale, de même que d'autres collectivités du Nord rattachées aux Premières Nations, conformément aux critères établis par Affaires autochtones et du Nord Canada.

La présente analyse porte sur les Premières Nations vivant dans les réserves, celles vivant à l'extérieur des réserves, les Métis vivant à l'extérieur des réserves, les Inuits de l'Inuit Nunangat (sauf le Nunavik au Québec) et la population non autochtone. Ci-après,

le terme « Autochtone » désigne toute personne appartenant à l'un des quatre groupes autochtones susmentionnés. « Inuit » s'entend des Inuits de l'Inuit Nunangat, le Nunavik non compris. Enfin, par « Métis » on entend uniquement les Métis qui habitaient à l'extérieur des réserves.

Hospitalisation

La fréquence des hospitalisations fondées sur le diagnostic principal a été calculée pour chaque groupe d'identité autochtone et pour les non-Autochtones. Une personne pouvait être comptée plus d'une fois si elle avait été hospitalisée à plusieurs reprises au cours de la période de 2006-2007 à 2008-2009.

Les dossiers de congé des patients d'hôpitaux de soins de courte durée provenant de la BDCP qui ont été couplés avec les enregistrements du recensement admissibles tirés du questionnaire détaillé ont été classés selon l'identité autochtone de la personne d'après le recensement, ainsi que ses données géographiques, plutôt qu'en fonction de la province ayant soumis le dossier d'hospitalisation. Ainsi, on a pu déclarer les hospitalisations dans une province autre que la province de résidence du répondant au moment du Recensement de 2006.

Diagnostic principal

Chaque dossier de congé du patient comprend jusqu'à 25 diagnostics et 20 codes d'intervention fondés sur la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada* (CIM-10-CA)[32]. Le « diagnostic principal », qui désigne le problème de santé diagnostiqué le plus important et(ou) expliquant la durée de séjour la plus longue, a servi à répartir les dossiers d'hospitalisation en chapitres, en fonction d'une maladie ou d'un traumatisme particulier, de l'étiologie de la maladie, de problèmes de santé propres aux systèmes de l'organisme, ou de problèmes de santé et situations représentant des facteurs de risque pour la santé[33]. Pour chacun des principaux diagnostics, les trois premiers caractères du code ont servi à classer les hospitalisations selon le chapitre (tableau B en annexe).

Une procédure de classement hiérarchique a été appliquée à tous les dossiers recensement–BDCP couplés compris dans le champ de l'étude, afin de déterminer les diagnostics les plus courants. Les codes de chapitre dans la partie supérieure de la hiérarchie, ainsi que les hospitalisations pour tous les chapitres combinés, y compris avec et sans les hospitalisations liées à la grossesse et à l'accouchement, ont été sélectionnés en vue de calculer les taux d'hospitalisation pour chaque groupe d'identité autochtone et pour les non-Autochtones.

Techniques d'analyse

Des taux d'hospitalisation (pour 100 000 habitants) normalisés selon l'âge (THNA), des rapports de taux (RT) et des intervalles de confiance à 95 % ont été calculés selon le groupe d'identité autochtone. Afin de réduire la variation éventuellement attribuable aux petits chiffres, on a totalisé les hospitalisations en soins de courte durée en combinant

Tableau 1
Taux d'hospitalisation en soins de courte durée normalisés selon l'âge† (THNA) pour 100 000 habitants, selon l'identité autochtone et la cause, cohorte d'étude définie par suite du couplage Recensement de 2006—Base de données sur les congés des patients, Canada sauf le Québec, 2006-2007 à 2008-2009 inclusivement

	Premières Nations vivant dans les réserves			Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves			Métis			Inuits de l'Inuit Nunangat sauf le Nunavik			Population non autochtone		
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
Cause	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à
Toutes les causes combinées (naissances incluses)	17 042	16 901	17 183	11 190	11 005	11 379	9 535	9 360	9 713	13 227	12 865	13 598	6 459	6 440	6 479
Toutes les causes combinées (naissances exclues)	10 766	10 687	10 846	7 373	7 262	7 486	6 474	6 372	6 577	7 681	7 480	7 888	4 306	4 295	4 317
Grossesse, accouchement et puerpéralité‡	5 214	5 138	5 292	3 149	3 051	3 251	2 800	2 705	2 899	4 547	4 352	4 751	2 128	2 116	2 140
Maladies de l'appareil digestif	1 525	1 495	1 555	1 015	974	1 057	928	890	967	1 073	998	1 153	590	586	594
Lésions traumatiques	1 460	1 431	1 489	957	918	998	753	719	790	1 169	1 095	1 248	460	456	464
Maladies de l'appareil respiratoire	1 282	1 256	1 310	830	793	868	719	685	755	1 044	971	1 123	388	384	391
Maladies de l'appareil circulatoire	991	967	1 016	712	678	749	701	669	734	583	526	646	543	540	546
Troubles mentaux et du comportement	692	672	712	520	492	551	410	384	437	630	578	688	191	189	194
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	603	584	622	327	304	351	259	240	280	75	57	100	122	121	124
Maladies de l'appareil génito-urinaire	584	566	603	475	447	504	445	419	472	354	312	401	310	308	313
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	395	380	411	357	333	382	355	332	379	313	273	359	290	288	293

† normalisés en fonction de la structure par âge de la population autochtone d'après le Recensement de 2006
‡ femmes seulement
Source : Données résultant du couplage Recensement de 2006—Base de données sur les congés des patients de 2006-2007 à 2008-2009.

les dossiers de congé des patients pour les trois exercices visés qui avaient été couplés aux enregistrements tirés du questionnaire détaillé du Recensement de 2006.

Pour calculer les THNA, on a pris comme numérateur la somme des dossiers d'hospitalisation ayant fait l'objet d'un couplage qui se rapportaient à un groupe d'identité autochtone donné, divisée par le dénominateur, c'est-à-dire le nombre non pondéré de personnes dans la cohorte d'étude du recensement appartenant au même groupe d'identité, puis on a multiplié ce chiffre par trois (nombre d'années de la BDCP). Aux fins de la normalisation selon l'âge, on a utilisé la méthode directe, sur la base de la structure par âge de la population autochtone nationale d'après le Recensement de 2006. On a défini les groupes d'âge suivants : 0 à 9 ans; 10 à 19 ans; 20 à 29 ans; 30 à 39 ans; 40 à 49 ans; et 50 ans et plus.

On a construit des intervalles de confiance à 95 % normalisés selon l'âge autour des THNA et des RT au moyen de la méthode de Spiegelman[34]. Dans le cas des RT, la population non autochtone est la population de référence.

Résultats

Hospitalisations toutes causes confondues

Les taux normalisés selon l'âge d'hospitalisation toutes causes confondues dans les hôpitaux de soins de courte durée étaient uniformément plus élevés chez les Autochtones que chez les non-Autochtones (tableaux 1 et 2). Dans le cas des Premières Nations vivant dans les réserves, les THNA étaient 2,6 fois plus élevés que pour la population non autochtone (17 042 pour 100 000, comparativement à 6 459). Les THNA étaient légèrement plus faibles parmi les Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves (11 190) et les Métis (9 535), mais ils demeuraient bien supérieurs à ceux observés pour les non-Autochtones (RT = 1,7 et 1,5, respectivement). Parmi les Inuits, les taux normalisés selon l'âge d'hospitalisation toutes causes confondues étaient deux fois plus élevés (13 227) que chez les non-Autochtones. Ces tendances étaient similaires, même lorsqu'on excluait des calculs les congés liés à la grossesse et à l'accouchement.

Causes principales

Chez les Premières Nations vivant dans les réserves, les THNA les plus élevés ont été observés à l'égard des problèmes de santé liés à la catégorie de diagnostics « grossesse, accouchement et puerpéralité » (tableau 1). Les « maladies de l'appareil digestif », bien que présentant des taux beaucoup moins élevés, arrivaient au deuxième rang, suivies par les « lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes », les « maladies de l'appareil respiratoire » et les « maladies de l'appareil circulatoire ». Les « troubles mentaux et du comportement » et les « maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques » arrivaient aux sixième et septième rangs des THNA les plus élevés chez les Premières Nations vivant dans les réserves.

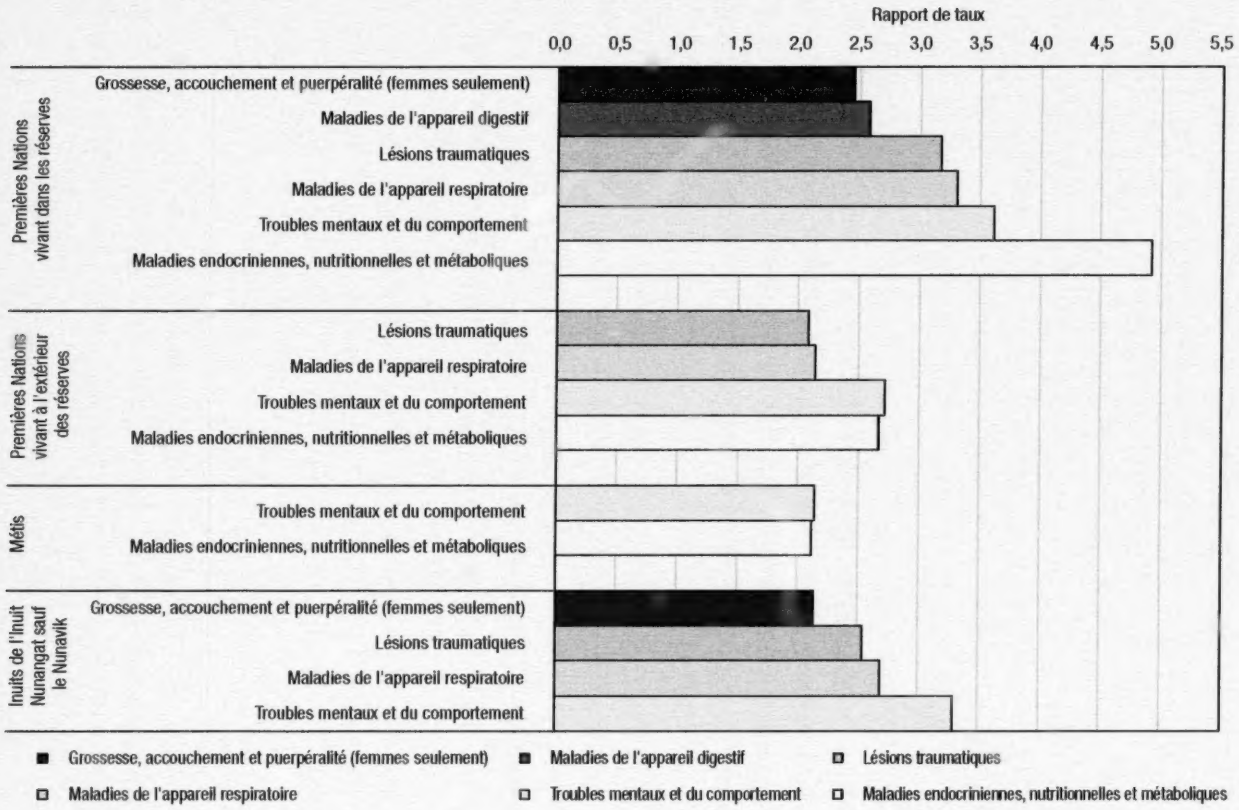
Étant donné que l'ordre de classement des causes principales variait légèrement en fonction de l'identité autochtone, il en allait de même pour les RT élevés. Les causes comportant les RT les plus élevés chez les Premières Nations vivant dans les réserves correspondaient aux catégories de diagnostics « maladies

Tableau 2
Rapports de taux (RT)[†] pour les taux d'hospitalisation en soins de courte durée normalisés selon l'âge[‡] (THNA) pour 100 000 habitants, selon l'identité autochtone et la cause, cohorte d'étude définie par suite du couplage Recensement de 2006—Base de données sur les congés des patients, Canada sauf le Québec, 2006-2007 à 2008-2009 inclusivement

	Premières Nations vivant dans les réserves			Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves			Métis			Inuits de l'Inuit Nunangat sauf le Nunavik		
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
Cause	RT	de	à	RT	de	à	RT	de	à	RT	de	à
Grossesse, accouchement et puerpéralité[§]	2,5	2,4	2,5	1,5	1,4	1,5	1,3	1,3	1,4	2,1	2,0	2,2
Maladies de l'appareil digestif	2,6	2,5	2,6	1,7	1,6	1,8	1,6	1,5	1,6	1,8	1,7	2,0
Lésions traumatiques	3,2	3,1	3,2	2,1	2,0	2,2	1,6	1,6	1,7	2,5	2,4	2,7
Maladies de l'appareil respiratoire	3,3	3,2	3,4	2,1	2,0	2,2	1,9	1,8	1,9	2,7	2,5	2,9
Maladies de l'appareil circulatoire	1,8	1,8	1,9	1,3	1,2	1,4	1,3	1,2	1,4	1,1	1,0	1,2
Troubles mentaux et du comportement	3,6	3,5	3,7	2,7	2,6	2,9	2,1	2,0	2,3	3,3	3,0	3,6
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	4,9	4,8	5,1	2,7	2,5	2,9	2,1	2,0	2,3	0,6	0,5	0,8
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1,9	1,8	1,9	1,5	1,4	1,6	1,4	1,3	1,5	1,1	1,0	1,3
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	1,4	1,3	1,4	1,2	1,1	1,3	1,2	1,1	1,3	1,1	0,9	1,2

[†] le groupe de référence est la population non autochtone
[‡] normalisés en fonction de la structure par âge de la population autochtone d'après le Recensement de 2006
[§] femmes seulement
Source : Données résultant du couplage Recensement de 2006—Base de données sur les congés des patients de 2006-2007 à 2008-2009.

Figure 1
Rapports de taux de 2,0 ou plus† pour les taux d'hospitalisation en soins de courte durée normalisés selon l'âge‡ pour 100 000 habitants, selon l'identité autochtone et la cause, cohorte d'étude définie par suite du couplage Recensement de 2006—Base de données sur les congés des patients, Canada sauf le Québec, 2006-2007 à 2008-2009



† le groupe de référence est la population non autochtone
‡ normalisés en fonction de la structure par âge de la population autochtone d'après le Recensement de 2006
Source : Données résultant du couplage Recensement de 2006—Base de données sur les congés des patients de 2006-2007 à 2008-2009.

endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques » (RT = 4,9), « troubles mentaux et du comportement » (RT = 3,6), « maladies de l'appareil respiratoire » (RT = 3,3), et « lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » (RT = 3,2) (tableau 2, figure 1). En outre, les THNA relatifs aux catégories « grossesse, accouchement et puerpéralité » et « maladies de l'appareil digestif » étaient plus de deux fois plus élevés que ceux observés dans le cas des non-Autochtones.

Chez les Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves, le classement des THNA a dégagé les mêmes causes principales d'hospitalisation dans les établissements de soins de courte durée que chez les Premières Nations vivant dans les réserves. Les RT les plus élevés parmi les Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves s'observaient à l'égard des « troubles mentaux et du comportement » (RT = 2,7) et des « maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques » (RT = 2,7). Par ailleurs, les RT pour les catégories de diagnostics « lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » (RT = 2,1) et « maladies de l'appareil respiratoire » (RT = 2,1) correspondaient à des THNA au moins deux fois ceux observés pour la population non autochtone.

Parmi les Métis, l'ordre de classement des THNA obtenus pour les causes principales était le même que pour les Premières Nations. En outre, pour toutes les causes principales, les RT montraient des THNA élevés parmi les Métis par rapport aux non-Autochtones. Les RT les plus élevés ressortaient pour les « troubles mentaux et du comportement » (RT = 2,1), les « maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques » (RT = 2,1) et les « maladies de l'appareil respiratoire » (RT = 1,9).

Parmi les Inuits, les causes principales d'hospitalisation étaient les mêmes

que chez les autres groupes d'identité autochtone, mais l'ordre de classement des THNA était différent (sauf celui des THNA liés aux naissances, qui arrivaient au premier rang). La catégorie de diagnostics « lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » représentait la deuxième cause d'hospitalisations, suivie des « maladies de l'appareil digestif » et des « maladies de l'appareil respiratoire ». Par rapport à la population non autochtone, les Inuits présentaient le RT le plus élevé à l'égard des causes liées aux « troubles mentaux et du comportement » (RT = 3,3). Les RT obtenus pour les hospitalisations attribuables aux catégories « maladies de l'appareil respiratoire » et « lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » correspondaient à des THNA environ deux fois et demie plus élevés que pour les non-Autochtones (RT = 2,7 et RT = 2,5, respectivement).

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Parce que les données administratives hospitalières ne renferment pas uniformément de données sur l'identité autochtone, il n'a pas été possible d'examiner l'utilisation des services hospitaliers par les Autochtones au niveau national.
- Les analyses publiées antérieurement présentent des taux élevés d'hospitalisation en soins de courte durée dans les régions comptant des pourcentages élevés d'Autochtones.
- Des études provinciales menées en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et au Manitoba qui sont fondées sur des données hospitalières au niveau de la personne renfermant des identificateurs des Premières Nations ou des Métis ont trouvé que les taux d'hospitalisation parmi ces groupes sont généralement plus élevés que chez leurs homologues non autochtones ou que pour la population provinciale dans son ensemble.

Ce qu'apporte l'étude

- Il s'agit de la première analyse de l'hospitalisation dans les établissements de soins de courte durée, selon l'identité autochtone, pour tout le Canada sauf le Québec.
- Les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge sont plus élevés pour chaque groupe d'identité autochtone, par rapport aux non-Autochtones, pour les neuf principaux chapitres de diagnostics analysés.
- L'ordre de classement des chapitres de diagnostics différait légèrement selon le groupe d'identité autochtone.
- En comblant des lacunes, la présente étude permet de mieux comprendre les tendances de l'hospitalisation chez les Autochtones.

Discussion

Les résultats du couplage d'enregistrements du Recensement de 2006 avec ceux de la BDCP révèlent que les causes principales d'hospitalisation dans les établissements de soins de courte durée étaient les mêmes chez les Premières Nations, les Métis, les Inuits et la population non autochtone. Toutefois, les THNA chez les Autochtones étaient presque invariablement plus élevés (souvent le double ou le triple) que ceux observés à l'égard de la population non autochtone. L'ordre de classement des causes d'hospitalisation les plus fréquentes après la cause principale (diagnostics liés à la grossesse) variait légèrement d'un groupe d'identité autochtone à l'autre, ce qui fait ressortir l'importance d'examiner l'hospitalisation séparément pour les Premières Nations vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves, les Métis et les Inuits.

Les résultats correspondent aux tendances provinciales de l'hospitalisation pour les Premières Nations dans l'Ouest du Canada[2], particulièrement pour ce qui est des lésions traumatiques, des maladies de l'appareil digestif et des maladies de l'appareil respiratoire. Les résultats s'harmonisent également aux taux pour les Premières Nations inscrites du Manitoba[1], les Métis vivant avec le diabète en Ontario[35], et les enfants inuits ayant des infections des voies respiratoires inférieures[36,37]. En outre, les résultats sont similaires à ceux ressortant d'études de la mortalité prématurée fondées sur la région géographique[18,19] ou sur la personne[13-16]. Les THNA élevés qui se dégagent chez les Inuits pour les catégories de diagnostics « lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » et « maladies de l'appareil respiratoire » étaient prévus, car ils s'accordent avec ceux d'analyses menées antérieurement sur l'hospitalisation selon la région géographique et sur la mortalité au niveau de la personne[9,18,22,36,37].

En raison de la normalisation des taux selon l'âge, on ne peut attribuer les disparités de THNA entre les Autochtones et les non-Autochtones aux variations de la structure par âge des populations. Dans une large mesure, les THNA élevés rendent compte de l'état de santé des deux populations, notamment de la prévalence élevée d'un mauvais état de santé[4], de problèmes de santé chroniques[5,6,8,9,36,37] et de blessures non intentionnelles[10,12,13], ainsi que de l'espérance de vie plus courte, chez les Autochtones[14-18]. Les RT élevés pour certaines causes d'hospitalisation étaient prévisibles, compte tenu de la forte prévalence de problèmes de santé chroniques particuliers dans la population autochtone, comme le diabète sucré[4,6], l'asthme[8,9] et les calculs biliaires[38,39].

Les THNA élevés dans les populations autochtones pourraient tenir à d'autres facteurs également, notamment des déterminants d'ordre socioéconomique ou des déterminants qui influent sur la santé, parmi lesquels ont figuré les processus de colonisation dans d'autres analyses[40,41]. Un rajustement supplémentaire ou une analyse multidimensionnelle qui tient compte du rôle d'autres facteurs pourrait préciser les associations suggérées entre les taux d'hospitalisation élevés et l'identité autochtone.

D'autres chercheurs sont d'avis que les THNA élevés chez les Autochtones reflètent peut-être un accès moindre

aux services de soins primaires[42]. Les Premières Nations vivant dans les réserves vivent principalement dans des régions rurales. Si les tendances de l'utilisation des soins de santé en milieu rural par rapport à urbain au Canada sont en partie fonction des différences de déterminants de la santé[43], la disponibilité des services de santé y est également pour quelque chose[44-46].

Limites

Les résultats de la présente étude doivent être interprétés en tenant compte de certaines limites.

Il ne faut pas interpréter les THNA comme représentant des taux de prévalence de problèmes de santé particuliers. Les résultats représentent plutôt les problèmes de santé qui ont nécessité une hospitalisation dans un établissement de soins de courte durée.

Les résultats et les conclusions ne s'appliquent qu'aux groupes d'identité autochtone dont il est question dans la présente analyse. Les personnes non dénombrées lors du Recensement de 2006 en ont été exclues, notamment les habitants de 22 réserves indiennes et établissements indiens[47]. La validation des fichiers couplés utilisés pour les besoins de l'étude a fait ressortir une couverture plus faible dans les territoires et chez les personnes appartenant aux groupes d'âge les plus jeunes, circonstances typiques chez les Autochtones[25]. Les taux d'admissibilité au couplage avec la BDCP étaient les plus faibles parmi les personnes s'identifiant comme Autochtones, les personnes ayant un statut socioéconomique faible, les habitants des régions rurales et des fermes, ainsi que ceux du Nunavut et de la Colombie-Britannique. Par conséquent, les Autochtones sont sous-représentés et leurs THNA sont vraisemblablement sous-estimés. De façon particulière, un biais à la baisse influe sur l'admissibilité au couplage avec la BDCP des Premières Nations vivant dans les réserves en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique (données non présentées). On ferait bien de tenir compte de ce biais dans les comparaisons entre les Premières Nations vivant dans les réserves et celles vivant à l'extérieur des réserves.

Une autre limite importante de l'étude tient au fait que l'on ne disposait pas de données sur les hospitalisations au Québec.

Aucun ajustement n'a été effectué pour tenir compte du décès des membres de la cohorte. Par conséquent, les populations les plus à risque de décès au cours de la période de suivi sont sous-représentées. Par ailleurs, les Autochtones affichent un plus grand risque de mortalité prématurée que les non-Autochtones[15-18], ce qui fait que les THNA des Autochtones sont peut-être artificiellement bas. Cette « admissibilité » réduite à l'hospitalisation peut avoir introduit un biais à la baisse dans les calculs des taux d'hospitalisation des Autochtones.

L'analyse traite uniquement des hospitalisations dans les établissements de soins de courte durée. Les résultats ne sont pas généralisables à d'autres types d'hospitalisations, comme pour les chirurgies d'un jour et les services psychiatriques, ou à l'utilisation des services de santé en général. En outre, après 2005, les hospitalisations pour des raisons de santé mentale en Ontario n'ont pas été systématiquement incluses dans la BDCP, mais l'ont plutôt été dans le Système d'information ontarien sur la santé mentale. Par conséquent, les hospitalisations liées à la santé mentale dans les établissements de soins de courte durée sont sous-déclarées dans la présente étude.

Une mise en garde s'impose concernant les THNA liés aux « maladies de l'appareil circulatoire », lesquels étaient seulement légèrement élevés chez les Autochtones. Les maladies cardiovasculaires sont reconnues comme concourant de façon importante aux années-personnes de vie perdues[14,15] et représentant un facteur de risque toujours croissant pour la santé des Autochtones[48,49]. Cela étant dit, même dans des études publiées antérieurement, les taux d'hospitalisation liés aux maladies de l'appareil circulatoire chez les Premières Nations[2] ne sont pas élevés.

Mot de la fin

Le couplage des données du Recensement de 2006 avec des données administratives hospitalières permet de présenter les données relatives à l'hospitalisation en soins de courte durée pour tout le Canada, le Québec non compris, chez les Premières Nations vivant dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci, les Métis et les Inuits. Pour chaque groupe d'identité autochtone, les diagnostics qui ont le plus fréquemment entraîné une hospitalisation étaient ceux se rapportant aux naissances, aux maladies de l'appareil digestif, aux lésions traumatiques, aux maladies de l'appareil respiratoire et aux troubles mentaux et du comportement. Les THNA étaient presque toujours plus élevés — souvent deux, voire trois fois plus — chez les Autochtones que chez les non-Autochtones. Toutefois, l'ordre de classement des causes de l'hospitalisation en fonction de la mesure dans laquelle ces taux différaient de ceux des non-Autochtones variait selon le groupe d'identité autochtone.

Ces données sont pertinentes pour la formulation de politiques de santé et la planification de la prestation de services correspondant aux problèmes de santé qui entraînent chez les Autochtones un risque accru d'admission à l'hôpital. Les analyses futures pourraient se servir des données du Recensement de 2006 couplées pour tenir compte de l'effet d'autres variables confusionnelles que l'âge, modéliser les associations entre les caractéristiques démographiques, les caractéristiques socioéconomiques et le lieu de résidence, et expliquer les divergences en matière d'hospitalisation. ■

Remerciements

La présente étude a été parrainée par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. Les auteurs remercient la DGSPNI de son soutien financier, de ses suggestions et sa rétroaction concernant la conception et le plan de l'étude, de même que l'analyse et l'interprétation des données, ainsi que pour l'examen des ébauches du manuscrit.

Références

1. P. Martens, R. Bond, L. Jebamani *et al.*, *The Health and Health Care Use of Registered First Nations People Living in Manitoba: A Population-based Study*, Winnipeg, Manitoba, Manitoba Centre for Health Policy, 2002.
2. Santé Canada, *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Utilisation des services de santé dans l'Ouest canadien, 2000*, Ottawa, Santé Canada, 2010.
3. Manitoba Centre for Health Policy, *The Profile of Métis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-based Study*, Winnipeg, Manitoba: Manitoba Centre for Health Policy, 2010 (mis à jour novembre 2012).
4. L. Gionet et S. Roshanafshar, « Certains indicateurs de la santé des membres des Premières nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits », *Coup d'œil sur la santé* (nº 82-624-X au catalogue) Ottawa, Statistique Canada, 2013.
5. S.G. Bruce, N.D. Riediger et L. Lix, « Maladies chroniques et facteurs de risque chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis du Nord canadien *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 34(4), 2014, p. 229-237.
6. T.K. Young, J. Reading, B. Elias et J.D. O'Neil, « Type 2 diabetes mellitus in Canada's First Nations: status of an epidemic in progress », *Canadian Medical Association Journal*, 163(5), 2000, p. 561.
7. R. Dyck, N. Osgood, T.H. Lin *et al.*, « Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations adults », *Canadian Medical Association Journal*, 182(3), 2010, p. 249-256.
8. T. Janz, J. Seto et A. Turner, *Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 : Un aperçu de la santé de la population métisse* (nº 89-637-X au catalogue, nº 4) Ottawa, Statistique Canada, 2009.
9. H. Tait, *Enquête auprès des peuples autochtones, 2006 : Santé et situation sociale des Inuits*, (nº 89-637-X au catalogue, nº 1) Ottawa, Statistique Canada, 2008.
10. D. Fantus, B.R. Shah, F Qui *et al.*, « Injury in First Nations communities in Ontario », *Canadian Journal of Public Health*, 100(4), 2009, p. 258-262.
11. M.A. George, A. Jin, M. Brussoni et C.E. Lalonde, « L'écart entre les taux de blessure chez les Autochtones et la population générale de la Colombie-Britannique diminue-t-il? », *Rapports sur la santé*, 26(1), 2015, 3-15.
12. P. Finès, E. Bougie, L.N. Oliver et D.E. Kohen, « Hospitalisations pour blessures non intentionnelles chez les adultes au Canada, dans les régions ayant un fort pourcentage de résidents d'identité autochtone », *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 33(4), 2013, p. 231-246.
13. M. Tjepkema, « Les blessures non mortelles chez les Autochtones », *Rapports sur la santé*, 16(2), 2005, p. 9-24.
14. M. Tjepkema et R. Wilkins, « Espérance de vie restante à l'âge de 25 ans et probabilité de survie jusqu'à l'âge de 75 ans, selon la situation socioéconomique et l'ascendance autochtone », *Rapports sur la santé*, 22(4), 2011, p. 31-36.
15. M. Tjepkema, R. Wilkins, J. Pennock et N. Goedhuis, « Années potentielles de vie perdues de 25 à 74 ans chez les Indiens inscrits, 1991 à 2001 », *Rapports sur la santé*, 22(1), 2011, p. 27-39.
16. M. Tjepkema, R. Wilkins, S. Senécal *et al.*, « Années potentielles de vie perdues de 25 à 74 ans chez les Métis et les Indiens non inscrits, 1991 à 2001 », *Rapports sur la santé*, 22(1), 2011, p. 41-52.
17. M. Tjepkema, R. Wilkins, S. Senécal *et al.*, « La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : étude de suivi sur 11 ans », *Rapports sur la santé*, 20(4), 2009, p. 33-55.
18. L. Oliver, D. Kohen et P.A. Peters, « Taux de mortalité chez les enfants et les adolescents vivant dans l'Inuit Nunangat, 1994 à 2008 », *Rapports sur la santé*, 23(3), 2012, p. 17-23.
19. P.A. Peters, « Décomposition selon l'âge et la cause des différences dans l'espérance de vie entre les résidents de l'Inuit Nunangat et ceux du reste du Canada, 1989 à 2008 », *Rapports sur la santé*, 24 (12), 2013, p. 3-9.
20. R. Wilkins, S. Uppal, P. Finès *et al.*, « Espérance de vie dans les régions où vivent les Inuits au Canada, 1989 à 2003 », *Rapports sur la santé*, 19, 2008, p. 7-20.
21. P.A. Peters, L.N. Oliver et G.M. Carrière, « Géozones : Méthode fondée sur la région géographique pour l'analyse des résultats pour la santé », *Rapports sur la santé*, 23 (1), 2012, p. 55-64.
22. G. Carrière, R. Garner, C. Sanmartin, et l'équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé, « Hospitalisations dans des hôpitaux de soins de courte durée et identité autochtone au Canada, 2001-2002 », *Série de documents de travail de la recherché sur la santé* (nº 82-622-X au catalogue, nº 5) Ottawa, Statistique Canada, 2010.
23. P. Finès, « La courbe concentration-couverture : un outil pour les études écologiques», *Rapports sur la santé*, 19(4), 2008, p. 59-64.
24. Statistique Canada, *Recensement de la population de 2006*, disponible à l'adresse http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/index-fra.cfm
25. M. Rotermann, C. Sanmartin, R. Trudeau et H. St-Jean, « Couplage des données du Recensement de 2006 et des données hospitalières au Canada », *Rapports sur la santé*, 26(9), 2015, p. 11-23.
26. Institut canadien d'information sur la santé, *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2006-2007*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2009.
27. Institut canadien d'information sur la santé, *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2007-2008*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2010.
28. Institut canadien d'information sur la santé, *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2008-2009*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2010.
29. Statistique Canada, *Directive sur le couplage d'enregistrements*, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/record-enregistrement/policy4-1-politique4-1-fra.htm
30. Statistique Canada, *Couplages d'enregistrements approuvés*, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/fra/record/summ
31. Statistique Canada, Population ayant une identité autochtone, par province et territoire (Recensement de 2006), disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo60a-fra.htm
32. Institut canadien d'information sur la santé, *Classification Statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième version, Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2006.
33. Institut canadien d'information sur la santé, *Introduction au Classification internationale des maladies- CIM-10-CA et la CCI*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2002.
34. M. Spiegelman, *Introduction to Demography, Revised Edition*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1968.
35. B.R. Shah, K. Cauch-Dudek et L. Pigeau, « Diabetes prevalence and care in the Métis population in Canada », *Diabetes Care*, 34, 2011, p. 2555-2556.

36. A. Banerji, D. Greenberg, L.F. White *et al.*, « Risk factors and viruses associated with hospitalization due to lower respiratory tract infections in Canadian Inuit children: a case-control study », *Pediatric Infectious Disease Journal*, 28(8), 2009, p. 697-701.

37. D. Kohen, E. Bougie et A. Guèvremont, « Logement et santé des enfants inuits », *Rapports sur la santé*, 26(10), 2015, p. 23-30.

38. L.M. Stinton et E.A. Shaffer, « Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer », *Gut and Liver*, 6(2), 2012, p. 172-187.

39. M.C. Carey et B. Paigen, « The Amerindian epidemics of cholesterol gallstones: The North and South connection », *Hepatology*, 37(4), 2003, p. 947-949.

40. Statistique Canada, *Recensement de 2006 : Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006 : résultats*. Série « analyses » de 2006, 2009, disponible à l'adresse http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/index-fra.cfm .

41. M. Mowbray, *Social Determinants and Indigenous Health: The International Experience and Its Policy Implications*, International Symposium on the Social Determinants of Indigenous Health, Adelaide, Australia, April 2007, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

42. R.W. Pong, M. Desmeules, D. Heng *et al.*, « L'utilisation des services de santé dans les régions rurales du Canada », *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 31(Suppl 1), 2011, p. 1-39.

43. J. Dixon et N. Welch, « Researching the rural-metropolitan health differential using the 'social determinants of health' », *Australian Journal of Rural Health*, 8(5), 2000, p. 254-260.

44. S. Wong et S. Regan, « Patient perspectives on primary health care in rural communities: Effects of geography on access, continuity and efficiency « *Rural and Remote Health*, 9, 2009, p. 1-12.

45. H.L. White et A.K. Macpherson, « Capturing paediatric injury in Ontario: differences in injury incidence using self-reported survey and health service utilization data », *Injury Prevention*, 18, 2012, p. 33-37.

46. Institut canadien d'information sur la santé, *Analyse en bref : Carte santé en main, direction une autre province ou un autre territoire!*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2010.

47. Statistique Canada, *Recensement de 2006 : Réserves indiennes et établissements indiens partiellement dénombrés*, disponible à l'adresse http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/ref/notes/aboriginal-autochtones-fra.cfm

48. S.S. Anand, S. Yusuf, R. Jacobs *et al.*, « Risk factors, artherosclerosis and cardiovascular disease among Aboriginal people in Canada: The Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP) », *Lancet*, 358, 2001, p. 1147-1153.

49. B.R. Shah, J.E. Hux et B. Zinman, « Increasing rates of ischemic disease in the native population in Ontario, Canada », *Archives of Internal Medicine*, 160, 2000, p. 1862-1866.

Annexe

Tableau A

Membres de la cohorte du Recensement de 2006 admissibles au couplage avec la Base de données sur les congés des patients, selon l'identité autochtone, le sexe, le groupe d'âge, la résidence en milieu rural/urbain et la région, Canada sauf le Québec

	Total	Premières Nations vivant dans les réserves	Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves	Métis	Inuits de l'Inuit Nunangat sauf le Nunavik	Population non autochtone
Cohorte totale	4 652 700	229 300	77 000	74 900	27 400	4 230 400
% de la cohorte totale	100	5	2	2	1	91
Sexe						
Femmes	2 368 300	113 100	40 800	37 800	13 600	2 155 800
Hommes	2 284 400	116 200	36 200	37 100	13 800	2 074 600
Groupe d'âge						
0 à 9 ans	549 300	50 000	15 900	12 000	6 400	462 700
10 à 19 ans	652 400	51 500	16 400	14 700	6 600	560 700
20 à 29 ans	594 500	33 300	11 100	11 300	4 500	532 400
30 à 39 ans	632 300	30 300	10 900	10 500	3 700	575 000
40 à 49 ans	766 600	28 600	10 700	11 800	3 000	710 500
50 ans et plus	1 457 600	35 700	12 000	14 600	3 200	1 389 000
Résidence en milieu rural/urbain[1]						
Rural	1 112 300	212 500	22 800	28 100	18 000	822 600
Urbain	3 540 400	16 800	54 200	46 800	9 400	3 407 800
Région						
Atlantique	435 000	15 300	4 400	5 000	2 000	406 200
Ontario	2 254 500	38 700	21 500	13 700	0	2 178 400
Manitoba	263 700	50 600	9 200	14 300	0	188 400
Saskatchewan	225 200	43 400	10 800	12 000	0	157 400
Alberta	640 700	33 300	12 600	17 900	0	575 000
Colombie-Britannique	769 100	38 000	14 300	10 400	0	704 100
Territoires	64 300	10 000	4 400	1 700	25 400	21 000

[1] les régions urbaines comptent un minimum de 1 000 habitants et ont une densité de population d'au moins 400 habitants par kilomètre carré; tout territoire situé à l'extérieur d'une région urbaine est classé comme rural

Notes : Les chiffres de la population sont arrondis à la centaine près. Les données pour chaque groupe autochtone sont fondées sur la population ayant déclaré une seule identité.

Source : Recensement de la population de 2006.

Tableau B

Hospitalisations regroupées selon les codes de chapitre de la CIM-10, à partir du principal diagnostic

Chapitre	Codes
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	E00-E90
Troubles mentaux et du comportement	F00-F99
Maladies de l'appareil circulatoire	I00-I99
Maladies de l'appareil respiratoire	J00-J99
Maladies de l'appareil digestif	K00-K93
Maladies de l'appareil génito-urinaire	N00-N99
Grossesse, accouchement et puerpéralité	O00-O99
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	S00-T98
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	M00-M99

Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada (CIM-10-CA)*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2006.